

Troubles somatoformes en psychothérapie corporelle et humaniste

Jörg Clauer

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 107–108 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-107>

Mots clés : troubles somatoformes, épreuve de la douleur, alexithymie, trouble du schéma corporel, coopération familiale, psychothérapie corporelle, formation à la perception du corps

Les milieux spécialisés sont encore loin de reconnaître que des facteurs bio-psycho-sociaux jouent un rôle dans la genèse de toute maladie et que les patientes et patients SSD ont besoin d'un traitement coopératif (p. ex. Egger, 2017). Les troubles somatoformes (SSD) sont accompagnés des comorbidités : *peur* (jusqu'à 60 %), *dépression* (jusqu'à 90 %), *troubles de la personnalité* (jusqu'à 45 %).

Le manuel de diagnostic DSM-V parle entretemps, dans le cas des troubles psychosomatiques, de « *Somatic Symptom and related Disorders (SSD)* » pour les patientes et patients qui se plaignent de « troubles de stress somatique consistant *uniquement* en troubles corporels » afin d'éviter ainsi la *stigmatisation* avec les anciens systèmes de diagnostic (Lahmann et al., 2016).

Au sens d'un modèle de déficit, nous partons au plan étiologique d'un *trouble précoce* du développement de soi (p. ex. Rudolf, 2008; Uexküll et al., 1997) dans lequel un (*noyau*) *corporel de soi* (Stern, 1992) déjà impacté n'a pas été relié à des émotions ni à une transposition en langage des émotions et en vécu relationnel. À travers les mimiques et les attitudes corporelles sont adoptés des modèles d'attitude provenant de la motricité des affects (micropratiques), de sentiments viscéraux et d'impressions visuelles tirées de l'environnement familial qui ne *doivent* jamais apparaître explicitement dans la conscience, mais donnent naissance à une connaissance implicite ou à une mémoire corporelle (Fuchs, 2009) servant de supports effectifs de l'histoire de notre vie et de notre identité personnelle.

Si le petit enfant et le bébé font des expériences émotionnelles utiles, ils éprouvent une neuroception de sécurité accompagnée de l'activation du système vagal ventral (VVC) pro-social (Porges, 2010) – et en cas de répétitions de l'établissement d'un lien sûr (Beebe & Lachmann, 2004) qui se relie ultérieurement à des symboles, la langue et des mentalisations. Dans ce cadre, le cortex préfrontal droit est mis entre autres en situation de produire une modulation du travail des émotions dans les amygdales. Cette fonction supérieure de commande est restreinte dans le cas des SSD (cf. Bauer, 2011; Schnabel, 2019).

Les expériences de frayeur et de choc – surtout dans les deux premières années de vie – se répercutent dans des modèles de maintien et de mouvement corporels et sont

enregistrés dans la mémoire implicite et procédurière, essentiellement dans l'hémisphère droit. Ils conduisent à des modifications perdurantes de la régulation d'émotions et de fonctions végétatives par le système nerveux autonome (ANS) et le système limbique (Schoore, 2005). Lorsqu'un enfant reste seul avec ses douleurs physiques et ses peurs et que ses sentiments de malaise physique doivent à ce moment se contenter de rester sans mise en relation avec des sentiments (alexithymie) et sans langage, ce qui peut également être compris comme une variante du trouble schéma corporel/image du corps, un SSD peut apparaître. *La stimulation de la perception du corps est de notre point de vue la base fondamentale d'un changement chez la patiente ou le patient SSD.*

Il est utile de stimuler la perception sensorielle et tactile et leur intégration, par exemple avec automassage structuré. Les mouvements en général améliorent la capacité d'apprendre des choses nouvelles (Clauer, 2016; Kempermann et al., 1998; Praag et al., 1999; Wagner, 2007) ; notamment le plateau d'équilibre stimule l'*intégration des fonctions de la moitié droite et de la moitié gauche du cerveau*, l'attention et la perception des sentiments (Clauer, 2011, 2016; Lausberg, 2017; Stern, 2011; Porges, 2010).

La *correction de ruptures de concertation dans la régulation des affects est un processus clé pour le développement du nourrisson* (patientes et patients) (Beebe & Lachmann, 2004). Elle présuppose la capacité de reconnaître ses propres erreurs et insuffisances chez les personnes de référence (parents ou thérapeutes) (Clauer, 2011, 2013). Ce qui est important à cette occasion, c'est que le nourrisson (patientes et patients) puisse mener avec ses affects et qu'il soit répondu avec empathie de façon adéquate. Son contrôle dans la relation et l'effleurement peuvent réduire les symptômes et l'épreuve de la douleur (Linden, 2015), alors que l'exclusion sociale et l'injustice sont extrêmement douloureuses ; elles activent dans le cerveau les mêmes zones que la douleur physique (Eisenberger et al., 2003, 2006). La psychothérapie humaniste et corporelle (PTH ; PTC) présente l'immense avantage de ne pas seulement utiliser des mots touchants, mais aussi de pouvoir travailler avec un contact attentif, ce qui stimule l'autodétermination, la confiance et le comportement

coopératif (LaPierre, 2003; Linden, 2015). Le contact nécessite ici une attention particulière, notamment dans le cas de traumatismes.

Les procédés de thérapie par l'art fournissent également une aide permettant de faire une nouvelle expérience de soi et de trouver de nouvelles formes d'expression, des symboles et finalement aussi des mots communs pour désigner les misères et les conflits (Stern, 2011; Kämmerer, 2016). Les douleurs ou les souffrances physiques peuvent ici être attribuées à des objets extérieurs ou à des personnes procurant une aide (*externalisées*) et de nouvelles possibilités et formes de contact plus raisonnables peuvent être exercées.

Une colère due à la déception *réprimée*, une capacité restreinte à protester et à dire « non », et donc à communiquer des contenus émotionnels négatifs (énervement, colère, frustration, dégoût etc.) sont décrites comme un problème central dans le cas des SSD (Röhrich, 2011a ; Rudolf, 2008). Mais l'acceptation de la protestation est décisive pour les niveaux construisant les uns sur les autres du développement de soi (cf. Clauer, 2014). L'expression vitalisante de certaines tonalités vocales dans une PTC peut elle aussi s'avérer très utile et procurer un accès aux émotions (Heinrich-Clauer, 2014). D'une manière générale, des formes de vitalité et de nouveaux modèles d'interaction sont internalisés et appris selon Stern (2011).

Une parentification accumulée au cours de leur vie par des patientes ou patients souffrant de SSD (Rudolf, 2008) est décrite d'un point de vue systémique, même dans le cas d'une *coopération familiale collusive* des parents (Fivaz-Depeursinge & Carboz-Warnery, 2001). Il n'est pas rare que les traitants se retrouvent plus tard dans une coopération collusive-confliktuelle similaire dans le cas de

SSD. Les médecins sont souvent dépassés par les attentes de traitement pressantes et se répétant, la psychothérapie paraît souvent aberrante aux yeux des personnes atteintes de SSD (Lahmann et al., 2016; Rudolf, 2008). Une issue de sortie possible et probante se trouve dans un traitement de groupe dans une clinique de jour ou spécialisée. Un enseignement psycho-éducatif peut répondre à l'évitement de sujets scolaires et au besoin de contrôle de patientes et patients souffrant de SSD. Les résultats montrent en outre qu'un traitement de PTC promet des succès dans le cas de SSD (Nickel et al., 2006; Röhrich et al., 2019).

La PTC et la PH sont en ce sens des accompagnements humains compatissants et générateurs de sens dans le cas de patientes et patients atteints de SSD, qui apaisent leur souffrance. Elles peuvent donc leur offrir un nouvel accès.

L'auteur

Jörg Clauer, Dr. méd. biochimiste diplômé, est médecin spécialiste en médecine psychosomatique et en psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie, médecine générale et rééducation dans son propre cabinet à Osnabrück depuis 1999 et était auparavant chef des cliniques spécialisées en psychosomatique. Il est conférencier, thérapeute enseignant et superviseur d'enseignement en psychothérapie, analyse bioénergétique, psychanalyse et psychodrame, ainsi que formateur international en analyse bioénergétique (faculté IIBA).

Contact

Dr. Jörg Clauer
Krahnstr. 17
D-49074 Osnabrück
E-Mail : joerg.clauer@osnanet.de